

Patologiskt samlande är ny diagnos i DSM-5

Svårbehandlat tillstånd med hög somatisk och psykiatrisk samsjuklighet

VOLEN Z IVANOV, doktorand, leg psykolog, Psykiatri Nordväst volen.ivanov@ki.se

CHRISTIAN RÜCK, docent, över-

läkare Psykiatri Sydväst; båda institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska institutet, Stockholm

Att samla på saker är ett allmänmänskligt fenomen, vilket bekräftas i studier som bl a visar att 70 procent av barn [1] och 30 procent av vuxna [2] har en samling. Ur ett evolutionsbiologiskt perspektiv är det tänkbart att det har varit en stark fördel för människan att spara på livsnödvändigheter som mat och verktyg för att maximera chanserna till överlevnad, särskilt under perioder med knappa resurser [3]. Vår benägenhet att samla på oss och behålla saker har också rönt stort medialt intresse exemplifierat bl a av tv-programmet »Antikrundan« (nu inne på sin 20:e säsong).

Utifrån ovanstående kan det tyckas märkligt att samlande kommer att bli en ny diagnos i den kommande femte utgåvan av den psykiatriska diagnosmanualen DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders).

En av förklaringarna till detta illustreras av engelskans distinktion mellan två olika typer av samlande: »collecting« och »hoarding«. Eftersom det på svenska finns endast ett ord för samlare använder vi i stället för »hoarding« begreppet »patologiskt samlande« för att beteckna det beteende som, till skillnad från samlande, är förenat med lidande och funktionshinder. Samlande och patologiskt samlande har visat sig vara två, visserligen relaterade, men ändå distinkta fenomen. En väsentlig skillnad är att en samlares samlingar präglas av ordning och organisation, medan patologiska samlares tillhörigheter ligger huller om buller och därför helt eller delvis hindrar dem (och eventuella sammanboende) från att använda sina levnadsutrymmen [4].

Den systematiska forskningen om patologiskt samlande började först under 1990-talet och har sedan dess ökat stadigt och utmynnat i bl a slutsatsen att tillståndet bäst konceptualiseras som skilt från men besläktat med tvångssyndrom [5]. I den nya utgåvan av DSM kommer patologiskt samlande därför att tillsammans med tvångssyndrom, dysmorfofobi (BDD), dermatillomani (skin picking) och trikotillomani (hair pulling) ingå i den nya diagnosgruppen »Tvängssyndrom och liknande tillstånd«. Samtliga tillstånd kännetecknas av repetitiva beteenden och svarar delvis på liknande psykologisk och farmakologisk behandling [6].

Patologiskt samlande har visat sig vara ett vanligt tillstånd, som förekommer hos ca 2–6 procent [7–9] av befolkningen och som ibland får katastrofala konsekvenser för dem som drabbas. Social isolering, familjekonflikter och vräkningar och, i de mest extrema fallen, död (till följd av fallande tillhörigheter) är potentiella konsekvenser [10].

Klassificering och fenomenologi

Följande är diagnoskriterier i DSM-5 för patologiskt samlande [11]:

- Ihållande svårigheter att slänga eller göra sig av med saker, oavsett deras faktiska värde.
- Svårigheterna beror på ett upplevt behov av att behålla sa-

FAKTA 1. Ett fall

Margareta, 59 år, kom till en specialistmottagning för tvångssyndrom via remiss från allmänpsykiatrin. Margaretas dotter var med vid första besöket, och Margareta beskrev att det var framför allt dottern som initierat kontakten med psykiatrin.

Utredningen visade att Margareta hade stora svårigheter att göra sig av med i stort sett alla typer av saker i sitt hem, vilket resulterat i att stora delar av hemmet inte kunde användas. Hon kunde fortfarande använda delar av sitt kök men måste då flytta bort saker för att komma åt sin spis och diskho.

Hon hade begränsad ekonomi och shoppade därför sällan. Hon tyckte om att samla på gratis saker, t ex recept från mataffären och olika mässor, och hon erkände något skamsset att hon då och gick ned till grovsoprummet för att göra fynd såsom tyger och leksaker. Hon upplevde att hennes saker kunde vara bra att ha i framtiden och hade bl a planer på att skriva en kokbok.

Margareta kunde inte komma ihåg att hon någonsin tyckt om att göra sig av med saker, men berättade att detta blivit än mer påtagligt sedan hennes man gått bort två år tidigare.

Enligt dottern hade hemmet dock alltid varit fullt med saker, och som barn hade hon aldrig tagit hem kompisar, eftersom

hon skämdes för hur det såg ut hemma. Dotterns främsta oro handlade om att modern skulle ramla och slå sig bland sina saker eller att det skulle börja brinna.

Margareta själv tyckte inte att samlandet var allvarligt, och hon ansåg att hon snarare tog vara på saker som annars skulle ha gått till spillo. Hon besvärades mest av att dottern var på henne och tog med henne till olika terapeuter.

Utredningen visade att Margareta utöver diagnosen patologiskt samlande även uppfyllde kriterierna för egentlig depression. Vissa tvångshandlingar, såsom upprepade kontroller av spis och tvättmaskin, förekom också men inte i tillräcklig utsträckning för att ge diagnosen tvångssyndrom.

Margareta var inte intresserad av att pröva någon behandling för sitt samlande men kunde tänka sig farmakologisk behandling för sin depression.



Fullt av saker ... brandrisk?

SAMMANFATTAT

Patologiskt samlande är svårigheter att göra sig av med saker på grund av ett upplevt behov av att behålla dem och obehag förknippat med att göra sig av med dem. Symtomen resulterar i att hemmet blir stökigt och överhopat.

Patologiskt samlande kommer att bli en av få nya diagnoser i kommande utgåva av den psykiatriska diagnosmanualen DSM.

Vid bedömning och diagnostisering bör somatiska och psykiatriska tillstånd uteslutas som primära orsaker till samlarproblematiken.

Tillståndet är svårbehandlat, men vissa lovande resultat finns med läkemedelsbehandling och psykologisk behandling. Troligtvis krävs samordnade insatser från sjukvård, socialtjänst, bostadsbolag etc.

»Patologiskt samlande har visat sig vara ett vanligt tillstånd, som förekommer hos ca 2–6 procent [7–9] av befolkningen ...«

- kerna och obehag förknippat med att göra sig av med dem.
- C. Symtomen resulterar i ansamling av saker, som hopas och belamrar nödvändiga levnadsutrymmen och väsentligen förhindrar den avsedda användningen av dessa. Om levnadsutrymmen inte är stökiga och överhopade beror detta enbart på inblandning från en annan part (t ex familjemedlemmar, städare, myndigheter).
- D. Samlandet orsakar kliniskt signifikant lidande eller försämrad funktion i arbete, socialt eller i andra viktiga avseenden (inklusive att upprätthålla en säker miljö för en själv och andra).
- E. Samlandet beror inte på ett annat medicinskt tillstånd (t ex hjärnskada, cerebrovaskulär sjukdom eller Prader-Willis syndrom).
- F. Samlandet förklaras inte bättre av ett annat tillstånd i DSM-5 (t ex samlande till följd av tvångstankar i tvångssyndrom, minskad energi i egentlig depression, vanföreställningar i schizofreni eller annat psykotiskt tillstånd, kognitiva nedsättningar i demens, avgränsade intressen i autismspektrumstörning).

Svårigheterna med att göra sig av med saker förstärks av dysfunktionella tankar om ansvar för dessa, känslomässig anknytning till sakerna, svårigheter med beslut om huruvida sakerna ska slängas eller behållas [12], uppskjutande, svårigheter med organisering, undvikande och perfektionism samt tankar om att saker har människoliknande egenskaper (antropomorfism) [10].

Samlingarna består oftast av kläder, tidningar, böcker, kvitton, förpackningar och saker som den som samlar har en sentimental anknytning till.

Ett fåtal personer med patologiskt samlande samlar också på ett stort antal djur som de inte förmår sköta om. Medianantalet djur per samlare var enligt en amerikansk studie 39, och oftast var en del av djuren antingen döda eller vanskötta. Det är oklart hur vanligt detta tillstånd är, men de uppskattningar som gjorts pekar mot en årlig incidens på mellan 700 och 2 000 nya fall i USA. Till skillnad från samlandet av föremål, som ofta innefattar en rad olika typer av föremål, samlar patologiska samlare av djur i huvudsak på en art, oftast katter eller hundar [13].

Bedömning/diagnostisering

Problematiskt samlande kan uppstå som en konsekvens av flertalet psykiatriska och somatiska tillstånd. Patienter med depression kan få stökiga och belamrade hem som en konsekvens av minskad energi och initiativförmåga, och patienter med tvångssyndrom kan till följd av tvångstankar (t ex rädsla för att smitta andra via saker de berört) samla på sig en stor mängd saker eller undvika att slänga dessa på grund av omfattande ritualer (t ex kontrollritualer med tvångstankar om att något jätte viktigt ska åka ut med soporna) [14].

En viktig fråga att ställa till patienten är varför han/hon samlar och vilka känslor samlandet är förknippat med. Pa-

»Patienter med tvångssyndrom upplever inte samlandet som tillfredsställande, medan patologiska samlare ofta får en 'kick' när de skaffar nya saker.«

tienter med tvångssyndrom upplever inte samlandet som tillfredsställande, medan patologiska samlare ofta får en »kick« när de skaffar nya saker. Att rapportera känslomässig anknytning till sina saker är mycket vanligare bland patologiska samlare men obefintligt om samlandet uteslutande drivs av tvångstankar. Patologiska samlare upplever inte heller tankarna om samlande som oönskade, repetitiva och jagfrämmande [15]. Överdrivet samlande kan förekomma som ett enskilt syndrom eller vara en konsekvens av tvångssyndrom men också vara samsjukligt med tvångssyndrom [16].

Som stöd för bedömning och diagnostisering av patologiskt samlande finns numera flera skattningsskalor. Frågor om samlande ingår förvisso i det mest använda bedömningsinstrumentet för tvångssyndrom: Yale-Brown obsessive compulsive scale [17]. Med tanke på de skillnader mellan tvångssyndrom och patologiskt samlande som uppgivits ovan rekommenderar vi i stället att symtom på patologiskt samlande och deras svårighetsgrad bedöms med hjälp av instrumenten Hoarding rating scale-interview [18], Saving inventory-revised [19], Saving cognitions inventory [20] och Child saving inventory – föräldraversion [21] (samtliga finns på <http://ruclab.com> för nedladdning).

Efter bedömningen, då diagnosen patologiskt samlande fastställts, bör klinikern bedöma vilken risk samlaren är utsatt för i sitt hem. Viktiga aspekter att ta hänsyn till är huruvida individen riskerar att få fallande saker över sig, om risk för brand föreligger och om det är möjligt att ta sig ut vid en eventuell brand.

Det är också av vikt att ta hänsyn till eventuell somatisk och psykiatrisk samsjuklighet och hur denna påverkar säkerhetsrisken och patientens möjlighet att tillgodogöra sig behandling. I utredningsprocessen bör även patientens sociala stöd och de möjligheter och begränsningar detta innebär beaktas.

Samsjuklighet

Problematiskt samlarbeteende kan förekomma hos individer med en rad olika tillstånd. Bland patienter med tvångssyndrom uppskattas mellan 18 och 40 procent ha symtom på samlande [22–24].

Förekomsten är hög även bland individer med neuropsykiatriska tillstånd. Höga nivåer av patologiskt samlande bland barn och vuxna med autismspektrumstörningar har påvisats [25–27] och indikerar sammantaget att symtom på patologiskt samlande kan vara upp till 10 gånger vanligare bland patienter med autismspektrumstörning än i övriga befolkningen. I likhet med ADHD karakteriseras patologiskt samlande av svårigheter med organisationsförmåga, och det är därför inte förvånande att en stor andel barn (29 procent) med ADHD också uppvisar symtom på patologiskt samlande [28].

Bland äldre kan patologiskt samlande förekomma som ett symtom på demens [29] och överlappar till viss del även med Diogenes-syndromet; ett tillstånd bland äldre, vilket karakteriseras av att den drabbade slutar ta hand om sin hygien och lever i extremt smutsiga hemförhållanden [30]. En majoritet av dessa personer rapporteras också ha ett överdrivet samlande, som resulterat i anhopningar av saker i hemmet [31], och man har funnit att 38 procent av patologiska samlare hade extremt smutsiga hem [32]. Trots ovanstående är förhållandet mellan patologiskt samlande och Diogenes-syndromet fortfarande oklart.

Samsjukligheten bland dem som uppfyller diagnoskriterierna för patologiskt samlande är regel snarare än undantag. En majoritet av dem (77 procent) uppfyller också samtidigt kriterierna för en annan ångestdiagnos eller ett affektivt tillstånd. Depression är det vanligaste samsjukliga tillståndet (51 procent), och även ADHD har visat sig vara ofta förekommande (28 procent) [33]. Däremot är autistiska drag inte vanligare än bland psykiatriska patienter med andra tillstånd [26], och

KLINIK & VETENSKAP ÖVERSIKT

endast 18 procent av patologiska samlare har tvångssyndrom. Förekomsten av posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) är inte högre bland patologiska samlare än bland personer med tvångssyndrom, trots att traumatiska händelser har visats vara vanligare [34]. En tänkbar förklaring till detta kan vara att samlandet utgör ett slags bemärstringsmekanism för hantering av trauma [33].

Etiologi

Det finns en tydlig genetisk komponent bakom uppkomsten av patologiskt samlande, vilket visades i en studie där över 4 000 en- och tvååggstvillingars patologiska samlande jämfördes [7]. Vad gäller omgivningsfaktorer har det framkommit en koppling mellan traumatiska händelser och symtomdebut och -försämring [35].

Däremot verkar ekonomiska svårigheter under barndomen inte öka risken att utveckla sjukdomen [34].

Förlopp

Retrospektiva studier av vuxna med patologiskt samlande visar att samlarbeteendet börjar redan i 12–13-årsåldern och att symtomen blir kännbara i 20-årsåldern [35], troligtvis eftersom det tar tid att samla på sig stora mängder saker och eftersom föräldrar kan stävja beteendet så länge personen bor hemma. För de allra flesta är tillståndet kroniskt med en gradvis försämring för varje decennium [36].

Det är oklart hur vanlig diagnosen patologiskt samlande är bland äldre, men överdrivet samlande förekommer bland 23 procent av äldre med demens [29]. Med tanke på att äldre personer har svårare att göra sig av med saker och har hunnit samla på sig fler saker, är det troligt att äldre är de som drabbas hårdast av patologiskt samlande. Olyckor i hemmet, ohygienisk hemmiljö som ökar risken för infektioner och andra sjukdomar samt svårigheter att hantera läkemedel är potentiella konsekvenser av patologiskt samlande bland äldre.

Behandling och handläggning

Till följd av den bristande insikten i samlarproblematikens omfattning och konsekvenser är det ovanligt att patologiska samlare självmant söker behandling, och ofta är det andra ur familjen som söker hjälp [37]. Det är också vanligt att social- och hemtjänst samt bostadsbolag upptäcker problemet. Bland dem som påbörjar behandling bidrar insiktsbristen till för tidiga avhopp [38], och en del patienter som fullföljer behandlingen kan motsätta sig föreslagna interventioner [39].

Bristen på insikt är således en stor utmaning i arbetet med patologiska samlare. Motiverande samtalsmetoder, med vilka behandlaren försöker få samlaren att se fördelar med att upphöra med sitt beteende i stället för att påtvinga denne behandling, är därför oundgängliga i arbetet med denna patientgrupp.

Alliansbyggandet med en individ med patologiskt samlande tar, enligt vår erfarenhet, betydligt längre tid än med en patient med tvångssyndrom. Huruvida detta beror på den bristande insikten eller att patienten tidigare bemötts av bristande förståelse och felaktiga lösningsförsök från omgivningen är oklart och varierar troligtvis från person till person.

Arbetet bör därför inledningsvis framskrida långsammare med denna patientgrupp. Efter bedömning och motivering bör behandlingsplanering ske. Eftersom många patienter kan känna sig överväldigade och hotade av för högt ställda be-

handlingsmål bör målen vara rimligt ställda i bemärkelsen att ett fullständigt utrensat hem i många fall är ogenomförbart. Det är i vissa fall även fruktbart att betona skapandet av en säkrare hemmiljö snarare än enbart utrensning.

Behandling av samtidiga tillstånd som försvårar möjligheterna till behandling, såsom depression eller ångesttillstånd, kan också vara en mer framkomlig väg inledningsvis.

Patologiskt samlande är ett problem som ofta är för omfattande för en enskild individ att hantera, inte minst på grund av mängden saker som ackumulerats och som följaktligen behöver rensas ut. Ofta kan socialtjänsten därför behöva involveras. Deras stöd kan bestå av t ex boendestöd som hjälper till med sortering och utrensning.

I de fall där minderåriga barn riskerar att fara illa i hemmet bör anmälan till socialtjänsten genomföras.

Svårigheterna i arbetet med patologiska samlare gör att de personalgrupper som arbetar med dem upplever mer frustration och irritation och en sämre arbetsallians än vid arbete med patienter utan samlarproblematik [40].

Några randomiserade kontrollerade läkemedelsstudier av patologiskt samlande finns inte. Farmakologisk behandling med SSRI har i flera studier visat sig vara ineffektiv för patienter med tvångssyndrom och samtidiga symtom på patologiskt samlande [38, 41]. Däremot visade sig paroxetin och venlafaxin verksamma mot »rent« patologiskt samlande i okontrollerade läkemedelsprövningar och resulterade i att symtomen på patologiskt samlande minskade med 24 procent [42] respektive 31 procent [43] efter 12 veckors behandling. Även glutamatmodulatorer har i enstaka fall rapporterats ha effekt [44].

Med tanke på de svårigheter patologiska samlare uppvisar med organisation är det tänkbart att centralstimulerande läkemedel kan vara till hjälp [28].

Den enda psykologiska behandling som hittills utvärderats i en kontrollerad klinisk prövning och som gett lovande resultat är kognitiv beteendeterapi (KBT) med särskilda tillägg: motiverande samtal, färdighetsträning av organisering, beslutsfattande och problemlösning. En central del av behandlingen utgörs av exponering för utrensning av hemmet och för suget att anskaffa nya tillhörigheter [45]. Vid mätning efter 12 veckor hade patienterna i genomsnitt uppnått en symtomreduktion på 14 procent, och efter avslutad behandling hade symtomen minskat med nästan 40 procent. En majoritet (70 procent) av patienterna bedömdes ha blivit förbättrade av behandlingen, och 24 procent bedömdes som mycket förbättrade.

Behandlingen är dock mycket tidskrävande (i genomsnitt 26 sessioner), många av de behandlade har kvar symtom, och långtidsuppföljningar av behandlingens effekter saknas. Studiens design begränsas också av att en trovärdig aktiv kontrollgrupp saknades, eftersom behandlingsgruppen jämfördes endast med patienter som stod på väntelista.

Evidensläget för behandling är trots vissa lovande inslag således knapert. Det är tänkbart att effektiv behandling och handläggning av detta svåra tillstånd kommer att kräva samarbete mellan sjukvård, socialtjänst, bostadsbolag och rättsväsende. Multidisciplinära team av detta slag finns i bl a USA och tjänar till att upprätta handlingsplaner utifrån de olika professionernas kompetensområden [46].

Behandling och handläggning av patologiskt samlande är krävande och mindre effektiv än för många andra tillstånd. Ändå ser vi en nytta i att behandlingsförsök genomförs även innan den drabbade hamnat i svåra situationer såsom vräkningshot, trots att dessa skulle kunna ha en motiverande funktion. Den kliniska erfarenheten talar för att behandling i

»Bristen på insikt är således en stor utmaning i arbetet med patologiska samlare.«

KLINIK & VETENSKAP ÖVERSIKT

ett tidigare skede kan vara mer effektiv, eftersom patienternas tillstånd då inte hunnit bli lika allvarligt.

Den nya status som patologiskt samlande nu får som officiell diagnos kommer dock förhoppningsvis att leda till än mer forskning som kan hjälpa de drabbade och deras familjer.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

- Evans DW, Leckman JF, Carter A, et al. Ritual, habit, and perfectionism: the prevalence and development of compulsive-like behavior in normal young children. *Child Dev.* 1997;68(1):58-68.
- Pearce S. Objects in the contemporary construction of personal culture: Perspectives relating to gender and socio-economic class. *Museum Management and Curatorship.* 1998;17(3):223-41.
- Leckman JF, Bloch MH. A developmental and evolutionary perspective on obsessive-compulsive disorder: whence and whither compulsive hoarding? *Am J Psychiatry.* 2008;165(10):1229-33.
- Nordsletten AE, Mataix-Cols D. Hoarding versus collecting: Where does pathology diverge from play? *Clin Psychol Rev.* 2012;32(3):165-76.
- Mataix-Cols D, Frost RO, Pertusa A, et al. Hoarding disorder: a new diagnosis for DSM-V? *Depress Anxiety.* 2010;27(6):556-72.
- Hollander E, Braun A, Simeon D. Should OCD leave the anxiety disorders in DSM-V? The case for obsessive compulsive-related disorders. *Depress Anxiety.* 2008;25(4):317-29.
- Iervolino AC, Perroud N, Fullana MA, et al. Prevalence and heritability of compulsive hoarding: a twin study. *Am J Psychiatry.* 2009;166(10):1156-61.
- Samuels JF, Bienvenu OJ, Grados MA, et al. Prevalence and correlates of hoarding behavior in a community-based sample. *Behav Res Ther.* 2008;46(7):836-44.
- Timpano KR, Exner C, Glaesmer H, et al. The epidemiology of the proposed DSM-5 hoarding disorder: exploration of the acquisition specifier, associated features, and distress. *J Clin Psychiatry.* 2011;72(6):780-6; quiz 878-9.
- Steketee G, Frost R. Compulsive hoarding: current status of the research. *Clin Psychol Rev.* 2003;23(7):905-27.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed). Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
- Frost RO, Hartl TL. A cognitive-behavioral model of compulsive hoarding. *Behav Res Ther.* 1996;34(4):341-50.
- Patronek GJ. Hoarding of animals: an under-recognized public health problem in a difficult-to-study population. *Public Health Rep.* 1999;114(1):81-7.
- Pertusa A, Frost RO, Mataix-Cols D. When hoarding is a symptom of OCD: a case series and implications for DSM-V. *Behav Res Ther.* 2010;48(10):1012-20.
- Rachman S, Elliott CM, Shafran R, et al. Separating hoarding from OCD. *Behav Res Ther.* 2009;47(6):520-2.
- Pertusa A, Fullana MA, Singh S, et al. Compulsive hoarding: OCD symptom, distinct clinical syndrome, or both? *Am J Psychiatry.* 2008;165(10):1289-98.
- Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, et al. The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. I. Development, use, and reliability. *Arch Gen Psychiatry.* 1989;46(11):1006-11.
- Tolin DF, Frost RO, Steketee G. A brief interview for assessing compulsive hoarding: the Hoarding Rating Scale-Interview. *Psychiatry Res.* 2010;178(1):147-52.
- Frost RO, Steketee G, Grisham J. Measurement of compulsive hoarding: saving inventory-revised. *Behav Res Ther.* 2004;42(10):1163-82.
- Steketee G, Frost RO, Kyrios M. Cognitive aspects of compulsive hoarding. *Cognit Ther Res.* 2003;27:463-79.
- Storch EA, Muroff J, Lewin AB, et al. Development and preliminary psychometric evaluation of the Children's Saving Inventory. *Child Psychiatry Hum Dev.* 2011;42(2):166-82.
- Samuels J, Bienvenu OJ, Riddle MA, et al. Hoarding in obsessive compulsive disorder: results from a case-control study. *Behav Res Ther.* 2002;40(5):517-28.
- Lochner C, Kinnear CJ, Hemmings SMJ, et al. Hoarding in obsessive-compulsive disorder: Clinical and genetic correlates. *J Clin Psychiatry.* 2005;66(9):1155-60.
- Mataix-Cols D, Nakatani E, Micali N, et al. Structure of obsessive-compulsive symptoms in pediatric OCD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2008;47(7):773-8.
- Ruta L, Mugno D, D'Arrigo VG, et al. Obsessive-compulsive traits in children and adolescents with Asperger syndrome. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2010;19(1):17-24.
- Pertusa A, Bejerot S, Eriksson J, et al. Do patients with hoarding disorder have autistic traits? *Depress Anxiety.* 2012;29(3):210-8.
- Russell AJ, Mataix-Cols D, Anson M, et al. Obsessions and compulsions in Asperger syndrome and high-functioning autism. *Br J Psychiatry.* 2005;186:525-8.
- Hacker LE, Park JM, Timpano KR, et al. Hoarding in children with ADHD. *J Atten Disord.* Epub 28 Aug 2012.
- Hwang JP, Tsai SJ, Yang CH, et al. Hoarding behavior in dementia. A preliminary report. *Am J Geriatr Psychiatry.* 1998;6(4):285-9.
- Clark AN, Mankikar GD, Gray I. Diogenes syndrome. A clinical study of gross neglect in old age. *Lancet.* 1975;1(7903):366-8.
- Snowdon J. Uncleanliness among persons seen by community health workers. *Hosp Community Psychiatry.* 1987;38(5):491-4.
- Frost RO, Steketee G, Williams LF, et al. Mood, personality disorder symptoms and disability in obsessive compulsive hoarders: a comparison with clinical and nonclinical controls. *Behav Res Ther.* 2000;38(11):1071-81.
- Frost RO, Steketee G, Tolin DF. Comorbidity in hoarding disorder. *Depress Anxiety.* 2011;28(10):876-84.
- Landau D, Iervolino AC, Pertusa A, et al. Stressful life events and material deprivation in hoarding disorder. *J Anxiety Disord.* 2011;25(2):192-202.
- Tolin DF, Meunier SA, Frost RO, et al. Course of compulsive hoarding and its relationship to life events. *Depress Anxiety.* 2010;27(9):829-38.
- Ayers CR, Saxena S, Golshan S, et al. Age at onset and clinical features of late life compulsive hoarding. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2010;25(2):142-9.
- Tolin DF, Frost RO, Steketee G, et al. Family burden of compulsive hoarding: results of an internet survey. *Behav Res Ther.* 2008;46(3):334-44.
- Mataix-Cols D, Rauch SL, Manzo PA, et al. Use of factor-analyzed symptom dimensions to predict outcome with serotonin reuptake inhibitors and placebo in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry.* 1999;156(9):1409-16.
- Christensen DG, Greist JH. The challenge of obsessive compulsive disorder hoarding. *Prim Psychiatry.* 2001;8:79-86.
- Tolin DF, Frost FR, Steketee G. Working with hoarding vs. non-hoarding clients: A survey of professionals' attitudes and experiences. *J Obsessive Compuls Relat Disord.* 2012;1(1):48-53.
- Winsberg ME, Cassic KS, Koran LM. Hoarding in obsessive-compulsive disorder: a report of 20 cases. *J Clin Psychiatry.* 1999;60(9):591-7.
- Saxena S, Brody AL, Maidment KM, et al. Paroxetine treatment of compulsive hoarding. *J Psychiatr Res.* 2007;41(6):481-7.
- Saxena S. Pharmacotherapy of compulsive hoarding. *J Clin Psychol.* 2011;67(5):477-84.
- Rodriguez CI, Bender J, Jr., Marcus SM, et al. Minocycline augmentation of pharmacotherapy in obsessive-compulsive disorder: an open-label trial. *J Clin Psychiatry.* 2010;71(9):1247-9.
- Steketee G, Frost RO, Tolin DF, et al. Waitlist-controlled trial of cognitive behavior therapy for hoarding disorder. *Depress Anxiety.* 2010;27(5):476-84.
- Koenig TL, Chapin R, Spano R. Using multidisciplinary teams to address ethical dilemmas with older adults who hoard. *J Gerontol Soc Work.* 2010;53(2):137-47.

SUMMARY

Hoarding disorder (HD) is a common condition affecting 2–6 % of the general population. The core symptoms are difficulties discarding possessions, due to a perceived need to save them, and distress associated with discarding resulting in cluttering of living areas. While previously considered a subtype of OCD, research shows that it is a separate condition which is to be included as a separate disorder in the upcoming DSM-5. Comorbidity is the rule rather than the exception, and major depressive disorder and attention deficit and hyperactivity disorder occur frequently with HD. During assessment several medical and other psychiatric conditions should be ruled out as the primary causes of HD if it is to be diagnosed. Presently, there are few available effective treatment options, but some pharmacological options and cognitive behavioral therapy (CBT) have shown promise. Effective treatment and management of HD is likely to require the implementation of multi-disciplinary teams.